

国民健康保険適用終了届

(あて先) 大東市長

(記入日) 令和 年 月 日

右記に添付している被保険者証等の写しのとおり、会社の健康保険(社会保険)に加入したため、大東市国民健康保険からの適用終了(脱退)を届け出ます。

住所

世帯主氏名

電話番号

	会社の健康保険に加入された方の氏名
1	
2	
3	
4	
5	
6	

右部分に新しい健康保険(社会保険等)の保険証等の写し(全員分)を添付してください。

<※職員記入欄>

保険証回収	1・2・3・4・5・6・資
-------	---------------

(備考)

受付印

<社会保険証等のコピー添付欄>(扶養の方含む)

新しい健康保険(社会保険等)の資格取得日のわかる書類(健康保険証、資格確認書、資格情報のお知らせ等)のコピーを添付してください。

※添付しきれない場合はコピーを同封してください。

※国民健康保険の保険証(原本)や資格確認書を回収しますので同封してください。

新しい健康保険(社会保険等)の資格取得日のわかる書類(健康保険証、資格確認書、資格情報のお知らせ等)のコピーを添付してください。

※添付しきれない場合はコピーを同封してください。

※国民健康保険の保険証(原本)や資格確認書を回収しますので同封してください。

国民健康保険の保険証(または資格確認書等)を紛失等して見当たらない場合は、こちらにチェックしてください→□

【提出先】〒574-8555 大東市谷川1丁目1番1号

大東市役所 保険年金課 賦課・資格グループ

TEL 072 (870) 0521